

AUTORISATION SPECIALE D'ABSENCE
(en l'absence de télétravail ou de travail à distance)

Je soussigné(e) **M/ Mme (nom et prénom)**

fonction (discipline si besoin) :

Affectation (et éventuellement lieu d'exercice) :

Sollicite une **autorisation spéciale d'absence** pour le motif suivant :

Je présente des symptômes et je dois donc être isolé(e). *Dans ce cas, vous devez consulter votre médecin au plus vite qui prescrira un certificat d'isolement ou un arrêt de travail.*

Je suis considéré(e) « contact à risque » : autorisation d'absence de 7 jours à compter du lendemain du dernier contact avec la personne testée positive.

Préciser l'autorité médicale qui a défini le contact à risque :

Préciser : je suis dans l'attente des résultats d'un test passé le

Rappel : en cas de test positif, vous devez prévenir obligatoirement votre autorité hiérarchique et solliciter votre médecin pour être placé(e) en congé de maladie ordinaire.

Je suis parent d'un enfant de moins de 16 ans symptomatique ou « contact à risque » devant rester au foyer dans l'attente d'un test (exemple : fermeture de classe – attestation de l'école ou établissement à fournir) et je ne dispose d'aucune solution de garde alternative :

Nom prénom de l'enfant : Date de naissance :

Lieu de scolarisation :

La classe ou l'établissement scolaire de mon enfant est fermé(e) du au

En cas d'évolution de la situation je m'engage à recontacter immédiatement mon établissement pour reprendre mes fonctions en présentiel

A, le

Signature

.....
M/Mme (nom et prénom du supérieur hiérarchique)

fonction :

accorde : une autorisation spéciale d'absence

du **au**
signature

Copie service de gestion